

[Programa **Beveu Menys**]

L'abordatge de l'alcohol en el pacient amb pluripatologia crònica

Carlos Martin-Cantera

Metge de Família. CAP Passeig de Sant Joan

Grup GRAPAT. CAMFIC

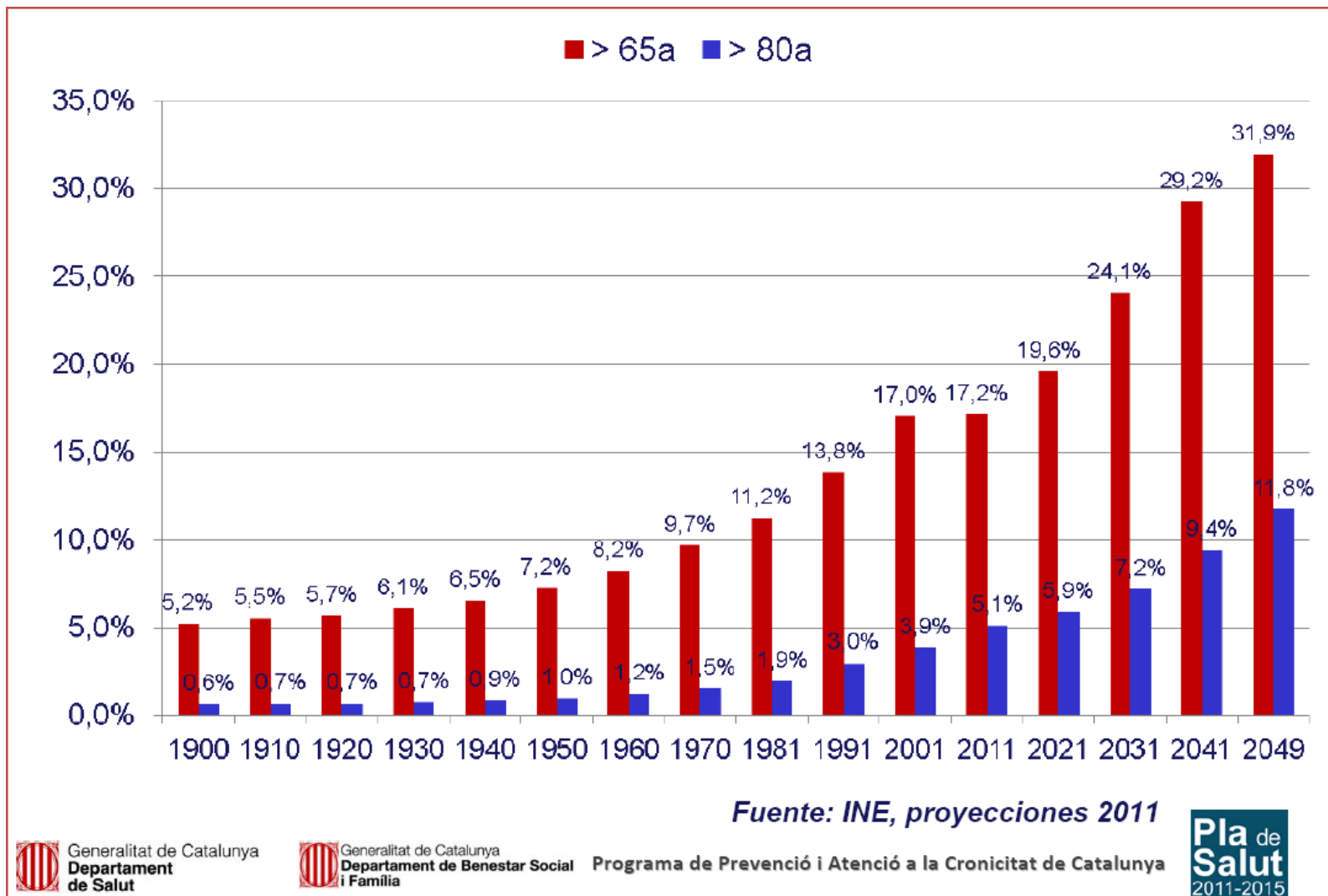
Què farem al curs?

1. Presentació teòrica: Pacient Pluripatològic i polimedicat.
2. El problema del consum de risc de alcohol a les malalties cròniques
3. Propostes de actuació
4. Comentaris finals

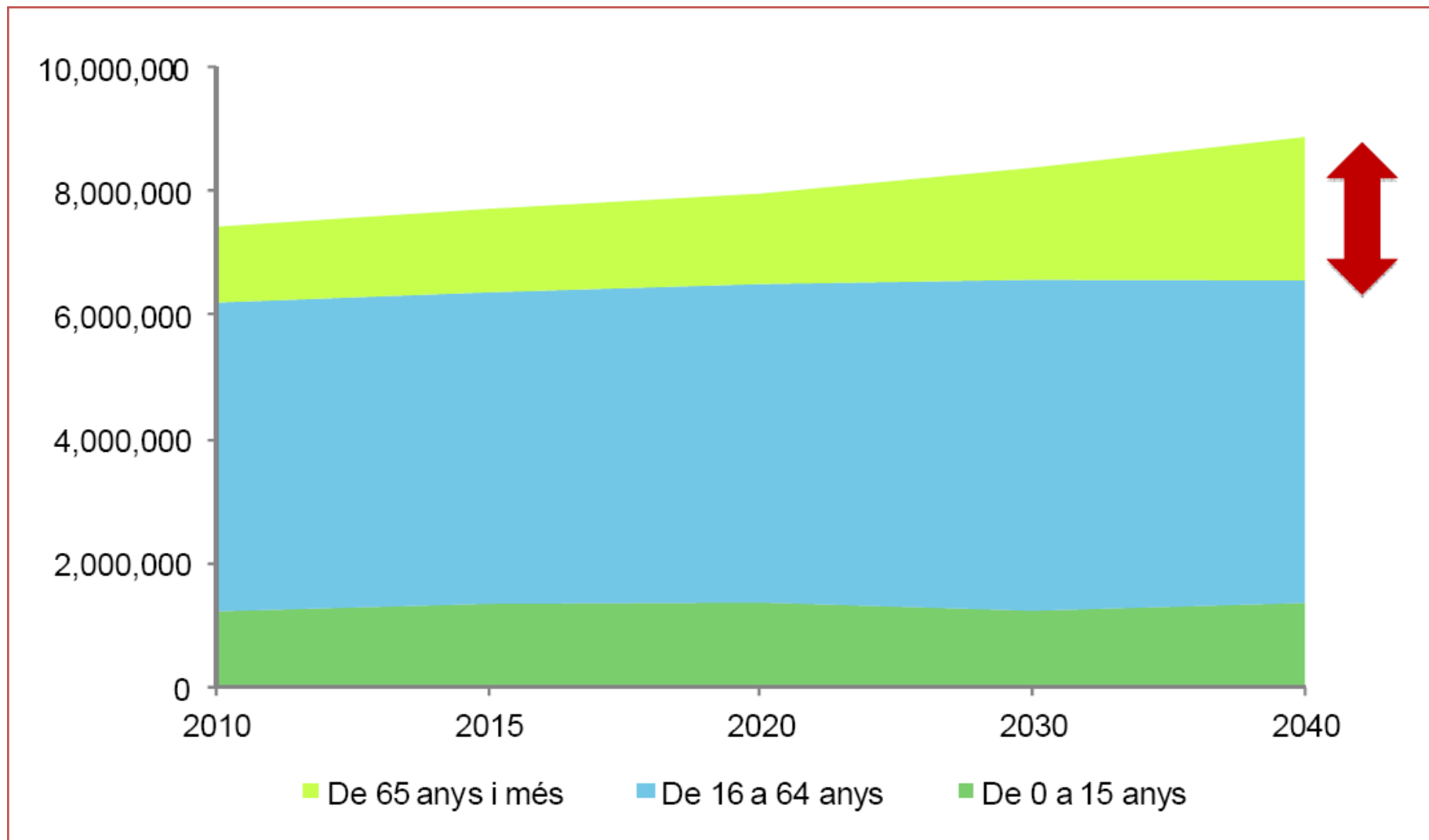
Pacient Pluripatològic

1. Dades més habituals
2. Terminologia
3. Identificació
4. Objectius assistencials
5. Model assistencial

Projeccions demogràfiques

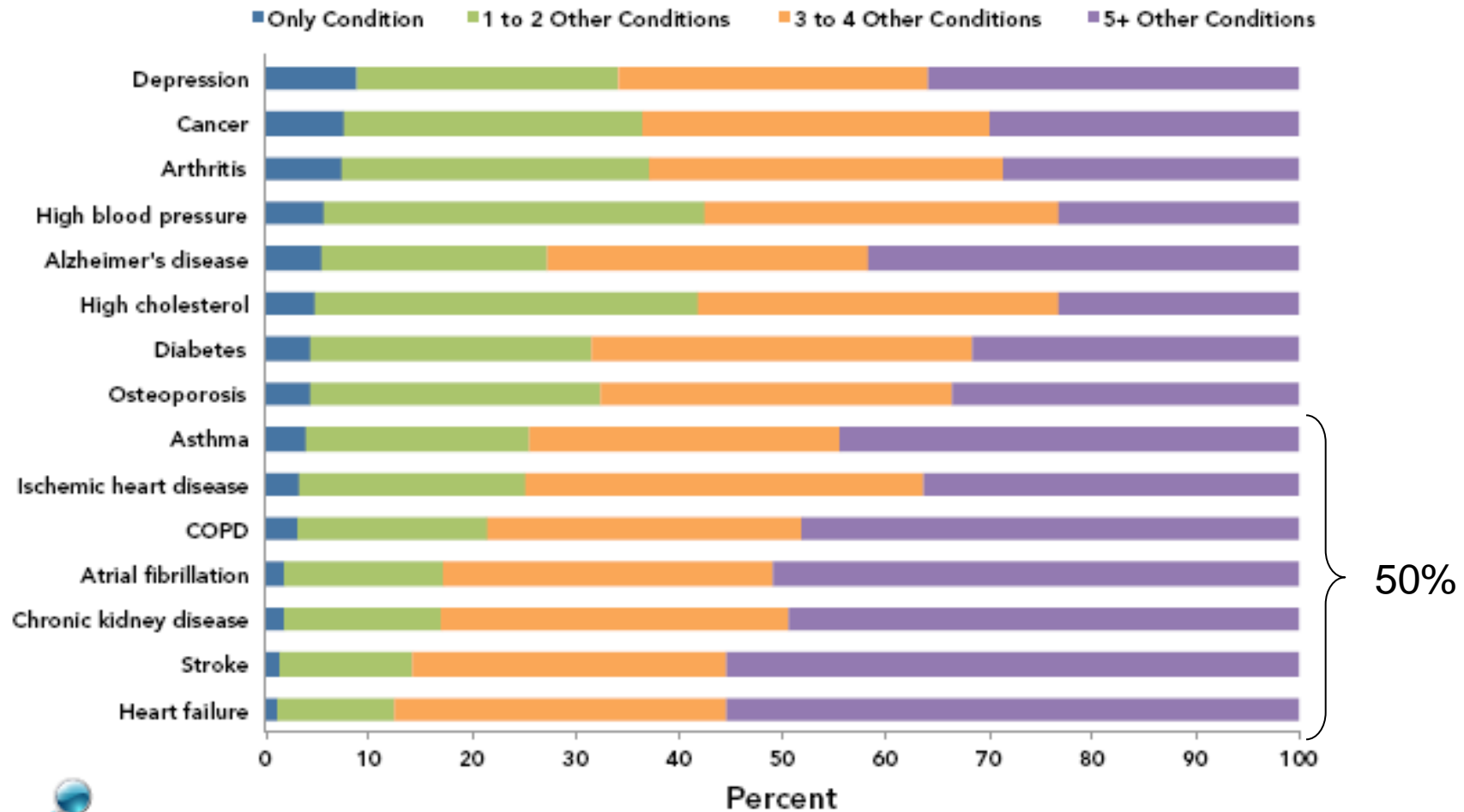


Projeccions demogràfiques: Dades a Catalunya

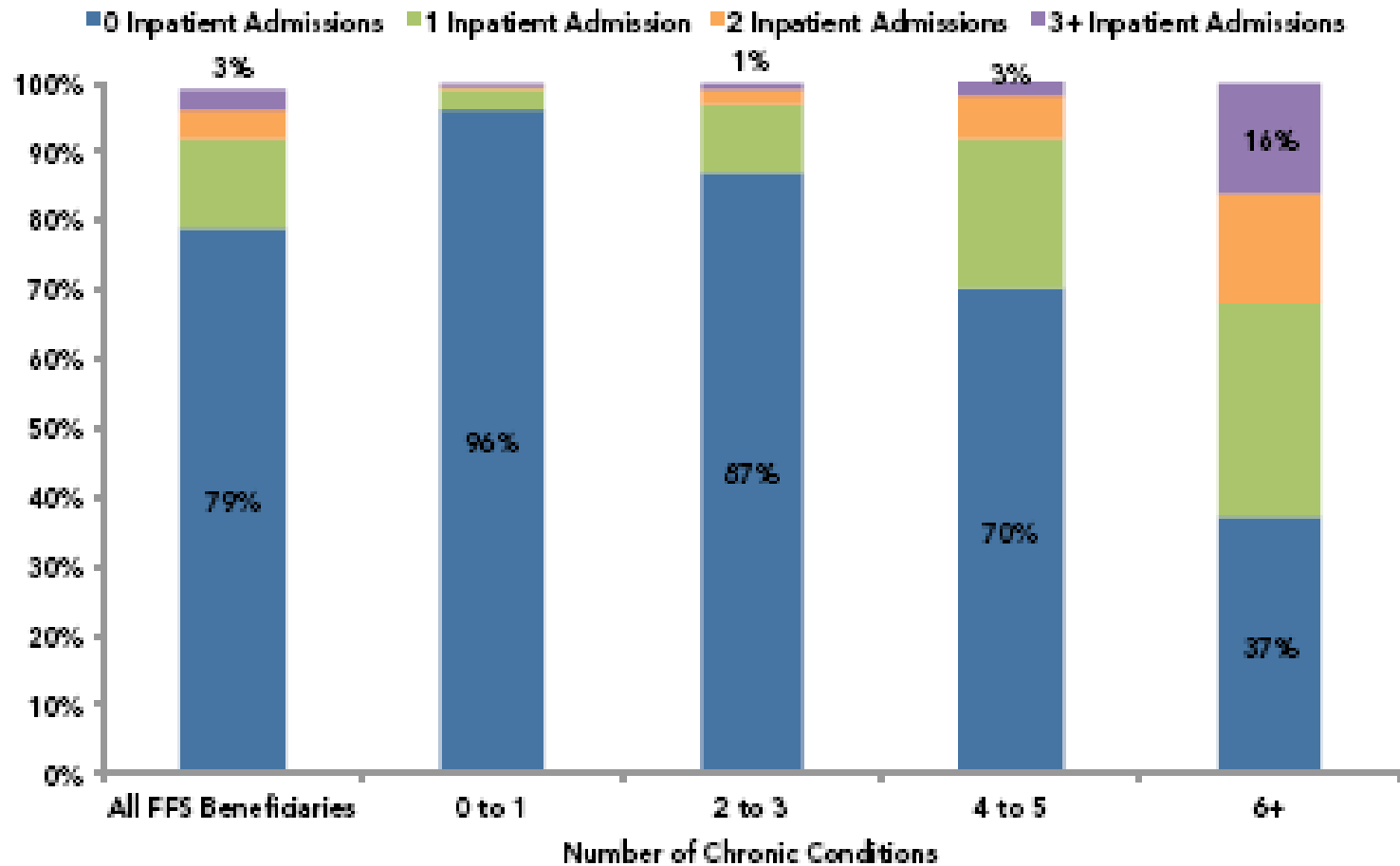


Epidemiologia de pluripatologia i comorbiditats

Figure 4.1 Co-morbidity among Chronic Conditions for Medicare FFS Beneficiaries: 2010

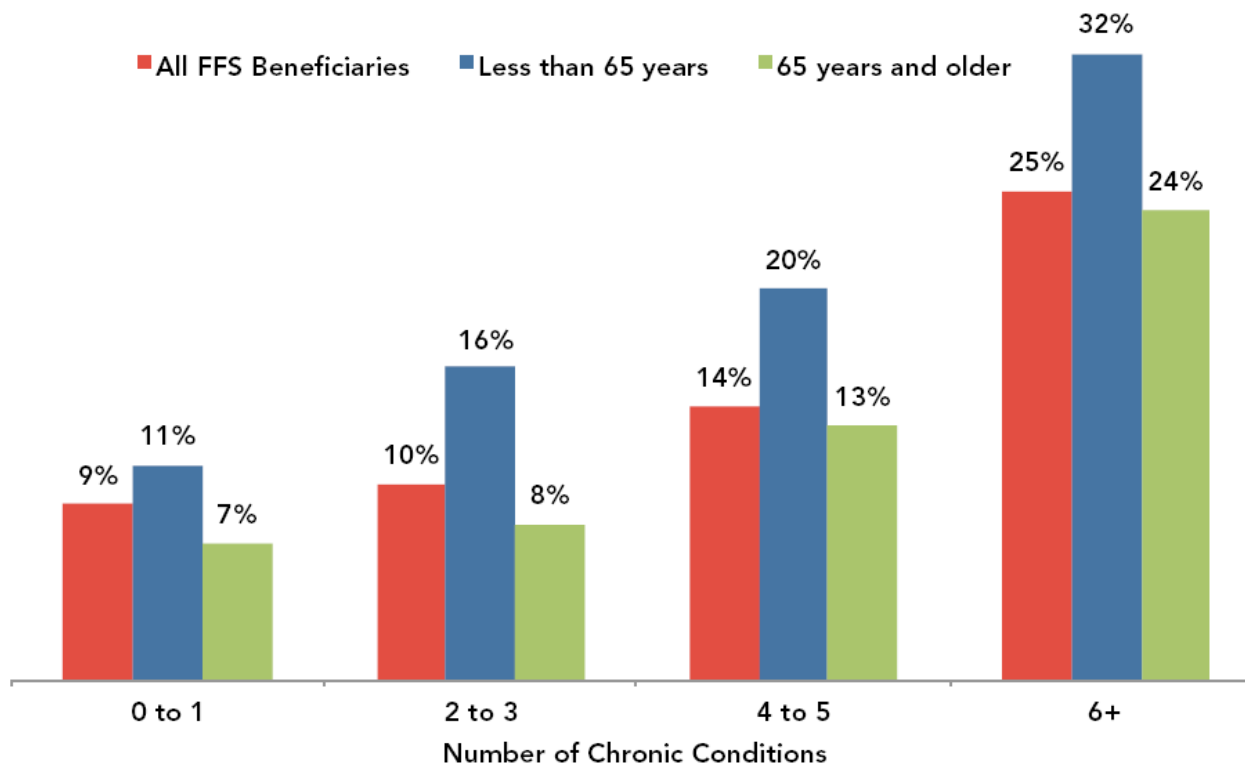


Ingressos hospitalaris

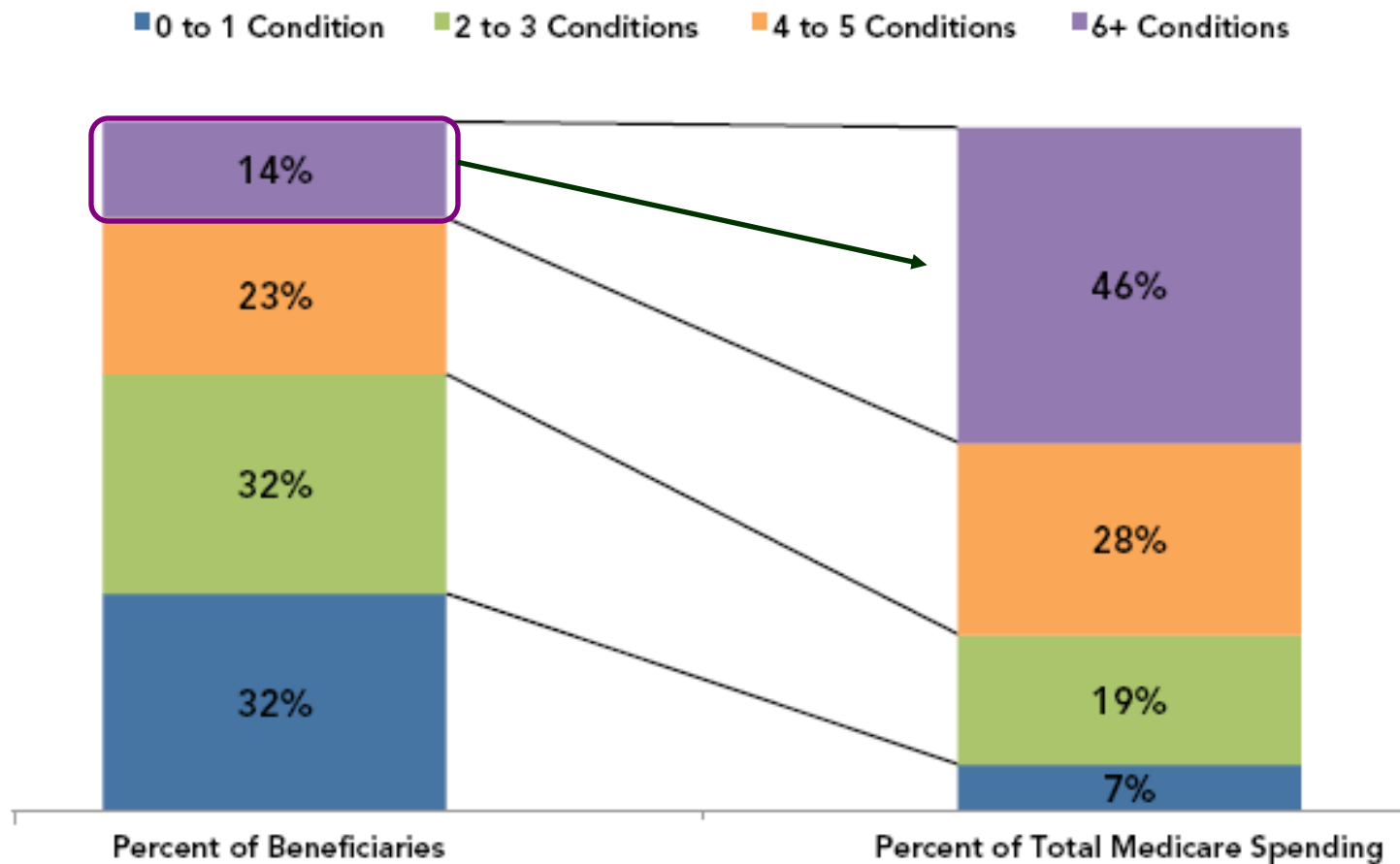


Reingressos hospitalaris

Figure 2.6a *Percentage of Hospital Admissions with a Readmission within 30 days by Number of Chronic Conditions and Age: 2010*



Despesa sanitària



Terminologia (1)

- **Pluripatologia**: presència de 2 o més problemes de salut crònics en un mateix individu, amb afectació d'una categoria distinta de sistema orgànic. Per ex:
 - Insuficiència cardíaca
 - Insuficiència renal
 - Malaltia respiratòria crònica
 - Etc.....
- **Comorbiditat**: Coexistència de patologies addicionals a una patologia “índex” o principal

Terminologia (2)

- **Malaltia crònica avançada**: Concepte vinculat al grau d'afectació generat per una patologia crònica (única o múltiple), que causa un deteriorament funcional sever i un pronòstic de vida Limitat.
- **Patologia crònica complexa**: dificultat de maneig clínic d'un procés crònic en un individu concret: Associat a múltiples interaccions:
 - Patologia en situació avançada
 - Multimorbiditat
 - edat avançada
 - problemes socioeconòmics
 - discapacitat

Pacient crònic complex

PACIENT CRONIC COMPLEX ?



Trets diferencials més prevalents que es configuren en aquest grup de pacients serien:

- Presència de **varies malalties cròniques de manera concurrent** (perfil o situació de **multimorbilitat**)
- **Presència molt prevalent de determinades malalties cròniques** com la Insuficiència Cardíaca, la Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica (MPOC) entre altres
- **Alta probabilitat de descompensació** en l'evolució natural d'aquestes malalties cròniques
- **Alta utilització de serveis d'hospitalització urgent** amb diferents episodis d'ingrés durant un mateix any i d'utilització de visites a urgències
- Utilització d'un **elevat consum de recursos i fàrmacs** en el seu procés evolutiu
- **Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos** que requereix en el seu procés d'atenció, especialment en situació d'agudització o descompensació clínica

Identificació del risc:

CÓM hem identificat també pacients a risc ?

Pacients amb major consum recurs Hospitalització per Ucies en últims 12 m.

- a) Pacients Atdom
- b) Majors 65 anys
i
- c) Més de 4 Mal. Cròniques
- d) Dependència severa/moderada
- e) Risc social
- f) Viu Sól

**(1 criteri de cada subgrup ó 2 criteris del 2on. subgrup)*

Dades Hospital

Dades Atenció Primària

**Primera selecció pacients
candidats a "atenció proactiva"**



criteris identificació pacient crònic complex

- > 75 anys
- Comorbiditat: més de 3-4 problemes de salut crònics (índex de Charlson)
- 2 ó més ingressos hospitalaris últim any
- 3 ó més visites a Urgències últim any
- Pacient en situació final de vida
- Deteriorament cognitiu (Pfeiffer > 5 errades)
- Polifarmàcia (> 5 fàrmacs)
- Dependència funcional moderada/severa: Índex Barthel < 90
- 2 o més caigudes últims 12 mesos
- No disponibilitat cuidador, viudetat recent o cuidador amb capacitat limitada.

Patologies incloses al P. crònic complex

Insuficiència Cardíaca, Cardiopatia isquèmica

Vasculitis i Malt. autoimmunes sistèmiques

Insuficiència renal crònica, Malt. Respiratòria Crònica

Malt. inflammatòria crònica intestinal, Hepat. crònica con HT
portal

ICTUS (AVC)

Malt. neurològica con deterioro motor (Barthel<60) o cognitiu
(Pfeiffer > 5)

Arteriopatia perifèrica

Diabetis Mellitus amb retinopatia o neuropatia

Malt. hematològica simptomàtica

Malt. oncològica activa

Malt. osteoarticular crònica amb dèficit funcional (Barthel<60)

Alguns indicadors

- [Index de Charlson](#)
- [Index de Pfeiffer:](#)
- [Índex Barthel:](#)

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Inafluencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Inafluencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órgano diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperglicémica	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta \geq 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años): índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice \geq 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, J Chron Dis 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

Índice de comorbilidad de Charlson (versión original)

Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardíaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardíaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejía: evidencia de hemiplejía o paraplejía como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hipercemolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mielocida crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida: definido: no incluye portadores asintomáticos	6

Índice de comorbilidad (suma puntuación total) =

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta \geq 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos cortos (< 3 años): índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice \geq 5: (85%). En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad, tal como se explica en el artículo original (Charlson M, *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83). Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años (p. ej., 50 años = 1 punto, 60 años = 2, 70 años = 3, 80 años = 4, 90 años = 5, etc.). Así, un paciente de 60 años (2 puntos) con una comorbilidad de 1, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 3 puntos, o bien, un paciente de 80 años (4 puntos) con una comorbilidad de 2, tendrá un índice de comorbilidad corregido de 6 puntos. Tiene la limitación de que la mortalidad del sida en la actualidad no es la misma que cuando se publicó el índice.

Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada)

Enfermedad vascular cerebral	1
Diabetes	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica	1
Demencia	1
Enfermedad arterial periférica	1
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	2
Cáncer	2
Total =	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:
Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RJ. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1003-9.

Comentarios:

En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos. Aunque aparentemente pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo, aunque no hay estudios con seguimiento a largo plazo (Robles MJ, et al. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33 [Supl 1]: 154) (Farróls C, et al. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 [Supl 2]: 43).

Cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer.
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer

	Acierto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (mes, día y año)	()	()
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	()	()
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	()	()
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	()	()
5. ¿Qué edad tiene usted?	()	()
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?	()	()
7. ¿Cómo se llama el rey de España?	()	()
8. ¿Quién mandaba en España antes del Rey?	()	()
9. ¿Diga el nombre y los apellidos de su madre?	()	()
10. ¿Restar de 3 en 3 a partir de 20?	()	()

0-2 errores: normal.

3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.

8-10 errores: deterioro mental severo.

Con baja escolarización se permite un error más.

Con estudios superiores se contabiliza con un error menos.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly.

J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41. Versión española tomada de: González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Selgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Selgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. p. 73-103.

Comentarios:

Al igual que el Mini-Mental State Examination de Folstein y el Miniexamen cognoscitivo de Lobo evalúa función cognitiva, su alteración indica únicamente que puede existir deterioro cognitivo, el cual puede ser una manifestación de diversas enfermedades o síndromes (delirium, depresión, demencia, etc.). Es un test rápido de screening, su deterioro indica que debe profundizarse en la valoración.

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.

Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

Comentarios:

Evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. La evaluación de las actividades no es dicotómica, por lo que permite evaluar situaciones de ayuda intermedia (útil para evaluar los progresos en un programa de rehabilitación). Esta es la versión más popular y más utilizada en el ámbito de la rehabilitación y de la geriatría.

Objectius assistencials

- Mantenir al pacient en el màxim temps a la comunitat: Millorar abordatge i evitar hospitalitzacions innecessàries
- Potencia autonomia i autocura
- **Prevenió de noves comorbiditats i exacerbacions**
- Atenció personalitzada per cada situació
- Seguiment pro actiu
- Millorar qualitat de vida
- Prevenió de discapacitats

Dificultats al maneig del pacient crònic complex

- Desconeixement del maneig pels professionals
- Existència de Polimediacions
- Atenció per diferents professionals: Manca referent
- Cuidador principal: Manca total o problemes
- Descoordinació entre dispositius assistencials
- Registre al historial: Manca i infra registre dels diferents problemes
- Deteriorament cognitiu
- Auto cures inadequades o inexistent
- Altres socials: No telèfon, No ascensor, etc

Models assistencials

- *Chronic Care Model*
- *Model de Kaiser Permanente*
- *Kaiser Beacon Sites al Regne Unit*

Model assistencial: Chronic Care Model



Font: Ed Wagner. Mac Coll Institute

Abordatge del consum d'alcohol al pacient pluripatologic (1)

- Impacte del consum alcohol amb aquest grup:

Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 835-846 N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2009

ORIGINAL

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PLURIPATOLOGÍA Y SU INFLUENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SALUD. MADRID, 2007

Gonzalo Rivas Costa (1), María Felicitas Domínguez Berjón (1), Jenaro Astray Mochales (1), Ricard Gènova Maleras (1), Ángel Rodríguez Laso (2) y María Dolores Esteban Vasallo (1).

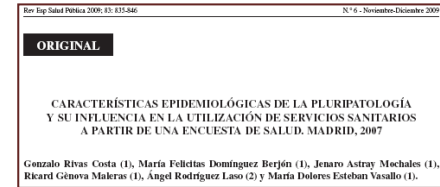
Consumo de alcohol		
No	29,1	55,1
Exbebedor	10,2	14,2
Moderado	50,0	26,9
A riesgo	10,8	3,9



	Hombres n=5.843	Mujeres n=6.347
Edad (años)		
16-34	36,6	32,7
35-64	49,1	47,9
≥65	14,2	19,3
Consumo de tabaco		
No	39,3	60,7
Exfumador	26,9	15,2
Fumador	33,8	24,1
Consumo de alcohol		
No	29,1	55,1
Exbebedor	10,2	14,2
Moderado	50,0	26,9
A riesgo	10,8	3,9
Ejercicio físico intenso		
≥3 días/semana	27,0	21,1
<3 días/semana	34,9	32,9
Ninguno	38,1	46,0
Consulta en atención primaria (últimas 2 semanas)		
No	75,0	67,3
Si	25,0	32,7
Consulta en atención especializada (últimas 2 semanas)		
No	88,1	82,1
Si	11,9	17,9
Ingreso hospitalario* (últimos 12 meses)		
No	91,9	91,3
Si	8,1	8,7
Asistencia a servicio de urgencias (últimos 12 meses)		
No	81,5	78,7
Si	18,5	21,3
Problemas crónicos		
0	51,9	39,5
1	24,5	23,2
2	23,7	37,3

Abordatge del consum d'alcohol al pacient pluripatologic (2)

- Impacte del consum alcohol amb aquest grup:



	PC *		PP †	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	23,7	37,3	5,4	8,0
Edad (años)				
16-34	8,4	15,0	0,3	1,0
35-64	24,7	37,4	3,9	5,1
≥ 65	60,1	74,6	23,5	27,2
Consumo de tabaco				
No	17,9	41,9	3,1	10,3
Exfumador	36,6	36,1	11,4	6,5
Fumador	20,4	26,2	3,3	3,3
Consumo de alcohol				
No	23,4	38,8	5,1	9,1
Exbebedor	36,6	45,9	12,5	13,3
Moderado	23,0	30,7	4,9	3,8
A riesgo	18,9	25,1	3,0	2,7
Ejercicio físico intenso				
≥ 3 días/semana	18,6	31,7	4,4	5,8
<3 días/semana	26,5	40,9	5,5	7,3
Pluripatología por 2 o más problemas crónicos.	21,7	33,9	4,4	6,8

† Pluripatología por 2 o más categorías clínicas afectadas.

Abordatge del consum d'alcohol al pacient pluripatologic (3)

- Impacte del consum alcohol amb aquest grup:



Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología

Características sociodemográficas de la muestra						
Valid		Todos (n = 993)	Frágiles (n = 168)	Prefrágiles (n = 482)	No frágiles (n = 216)	
Edad	993	79,4 (6,4)	82,2 (6,2)*	78,7 (5,8)*	75,8 (4,4)*	
Género						
Masculino	993	392 (39,5)	44 (26,2)*	174 (36,1)*	134 (62,0)*	
Femenino		601 (60,5)	124 (73,8)*	308 (63,9)*	82 (38,0)*	
Hábito tabáquico 935						
No		677 (68,2)	136 (81,0)	362 (75,6)	119 (56,1)*	
Si antiguo		200 (20,1)	23 (13,7)	95 (19,8)	70 (33,0)*	
Si actual		58 (5,8)	9 (5,4)	22 (4,6)	23 (10,8)*	
Paquetes/día		35 (31)	42 (32)	32 (28)	35 (31)	
Hábito enólico: 917						
Nunca beben		653 (71,2)	142 (88,2)	341 (72,6)	104 (48,6)	
Alguna vez beben		264 (21,1)	19 (11,8)	129 (27,4)	110 (51,4)	
Consumiciones/día		0,4 (0,8)	0,2 (0,9)	0,4 (0,8)	0,7 (0,9)	
UBE		23,2 (57,0)	13,2 (62,8)	20,4 (49,5)	38,9 (61,8)	

Abordatge del consum d'alcohol al pacient pluripatològic (4)

- Factor de risc per evitar noves co-morbilitats:
 - Tabac, alcohol, dieta inadequada i sedentarisme es relacionen amb un 80% de coronariopaties
 - Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. M Sanidad:
 - Objetivo 4:

Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.
- Influencia en maneig de determinades patologies

Abordatge del consum d'alcohol al pacient pluripatològic (4)

- Influència en maneig de determinades patologies cròniques complexes:
 - Hepàtiques, cardiològiques, diabètics, etc
 - Influència en hospitalitzacions, controls periòdics, etc
 - Problemes amb autocura
 - Factors de suport social deteriorat
- Abordatge:
 - Dins el programa marc del PCC a Catalunya
 - Experiències com el “Pacient expert”
 - Abordatge de múltiples intervencions (combinacions) en fase de valoració (pocs estudis)

Pacient polimedicat



Definició: Polimediació

- Poli: Forma prefixada del mot grec polýs, que significa molt.
- Pacient a qui se li han prescrit molts medicaments
- Es tracta d'un neologisme
- Encara no es troba al diccionari la paraula.
- Per tant es podria dir que és un problema relativament recent.
- Quans medicaments considerem que són "molts"?

Definició: Polimediació

- Considerem polimedicat el pacient que pren més de quatre principis actius diferents ³.
- Número arbitrari?
- Per consens.

Polimedicació: Dades

- Prevalença del 50% en majors de 65 anys. ³
- Variabilitat entre centres.
- Els malalts de >65 anys prenen un promig de 8 medicaments.

Polimediació: que cal tenir en compte

- Tipus de malalties
- Pluripatologia
- Quin tipus de medicaments pren la persona.
- Medicaments amb estret marge terapèutic.
- Edat del pacient: És freqüent la polimediació en pacients grans.
- En la història informatitzada es registre una variable per identificar els malalts polimedocats, com una activitat.

Problemes associats a la polimediació

- Errorades al prendre els medicaments.
- Incompliment terapèutic ¹. Estimat en 40-70%.
- Efectes adversos: Poden augmentar i es poden potenciar. Estimat en un 7% ⁴
- Concepte d'interaccions entre els diferents fàrmacs.
- Dificultats de maneig quan hi ha molts fàrmacs a tenir en compte en el seguiment del pacient.

Programa informàtic de prescripció

- Guies clíniques d'ajuda a la prescripció.
- Avisos de contraindicacions dels medicaments.
- Avisos automatitzats de les interaccions.

Professionals implicats en el seguiment del pacient

- Infermeria
- Farmacèutic comunitari
- Metge de Família
- Metge especialista de l'hospital
- Gestor de casos
- Treballador social
- Personal de gestió i serveis

Estratègies per a controlar el pacient polimedicat: Primer revisem la indicació

- Revisar la prescripció dels medicaments:
Valorar el risc benefici.
- Es realment necessari que es prescrigui aquest medicament?
- Exemple: Medicament per disminuir el colesterol en pacient major de 75 anys.

Compliment: Com explorar-lo. Test de Morisky-Green²

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Es descuidado con el horario de la medicación?
3. ¿Si se encuentra bien, deja de tomar la medicación o alguna dosis?
4. ¿Si alguna vez la medicación le sienta mal, deja de tomar alguna dosis?

Motius d'incompliment: Creences del pacient ¹

- Lligats a l'acte de la prescripció.
- Lligats a l'acte de recollir els fàrmacs a la farmàcia.
- Lligats a la presa del medicament a casa.

Motius d'incompliment: Lligats a l'acte de la prescripció

Pel Metge:

- EL metge desconeix les malalties cròniques.
- El metge coneix les interaccions?
- Es al·lèrgic al medicament?

Pel pacient:

- No m'ha escoltat.
- El metge no em coneix.
- El metge no em dona el que necessito.
- Canvis de medicament (de marca a genèric per exemple).
- No puc preguntar el dubtes

Lligats a la farmàcia

- El farmacèutic coneix la experiència de moltes persones.
- Ajuda amb la posologia.
- Com m'ho he de prendre ?
- Confirma la correcte prescripció i evita errors
- Confirma que no hi ha interaccions.

Lligats a la situació personal

- Importància de l'edat.
- Malalties asimptomàtiques cròniques.
- Malalties intercurrents.
- Pensar que els medicaments són perjudicials.
- El medicament no és natural
- No es poden prendre junts (Interaccions).
- Els medicaments són molt forts.
- Tolerància.
- Grandària del comprimit.
- Informació del prospecte.

Estratègies per millorar el compliment

- Plans de medicació
- Instruccions per escrit.
- Simplificant les pautes.
- Medicaments d'una presa al dia.
- Informació sobre per a que serveix el medicament ⁵
- En les instruccions hem de detallar: quantitat de medicament, horari de la presa, relació amb els menjars, altres instruccions específiques. ⁵
- Especificar durada del tractament.

Estratègies per millorar el compliment

- Poli pildora?.
- Programes farmacèutics de dispensació: Sistema personalitzat de dosificació ⁵
- Implicació dels cuidadors en persones grans.
- Programes d'educació sanitària o programes específics d'intervenció. ⁶

Interaccions entre medicaments i alcohol

- El etanol pot interferir en los efectos de las drogas metabolizadas por las enzimas microsomales hepáticas.
- El tipo de interacción depende si el consumo de etanol es agudo o crónico.

Interaccions entre medicaments i alcohol

- La ingesta aguda de alcohol inhibe el metabolismo de drogas por competición con las enzimas con un aumento de su concentración:
- Benzodiacepinas: Alprazolam, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Clorazepate, Diazepam, Lorazepam, Midazolam, Oxazepam, Temazepam, Triazolam
- Fenobarbital
- Fenitoína
- Clorpromazina
- Ciclosporina
- Antihistaminicos: Diphenhydramine, Hydroxyzine

Interaccions entre medicaments i alcohol

- El consumo regular de alcohol, induce a las enzimas hepáticas y puede incrementarse el metabolismo de los medicamentos administrados concomitantemente, disminuyendo su actividad:
- Warfarina
- Paracetamol i Aspirina
- Antidiabètics orals (Metformina, Glipizida, Clorpropamida)
- Rifampicina, Eritromizina

Contingut de alcohol a determinades OTC

Product	Alcohol Content (%)
Betadine (mouthwash, gargle)	8.8
Cepacol (mouthwash, gargle)	14.0
Cheracol Sore Throat	12.5
Chlortrimeton syrup	7.0
Cimetidine Oral Solution	2.8
Cyclosporine Oral Solution	9.5–12.5
Cyproheptadine	5.0
DentSure (denture rinse, peppermint)	14.4
Dr. Tichenor's Antiseptic	70*
Digoxin Elixir	10.0
Entex	5.0
Furosemide Liquid	11.5
Intensol (diazepam)	19.0
Listerine	26.9
Listerine Cool Mint or Freshburst	21.6
Lomotil Liquid	15.0
Mellaril/Thioridiazine	3.0–4.2
Mentadent Mouthwash	10.0
Oral-B Anti-Plaque Rinse	8.0
Plax-Advanced Formula	8.7
Peri-colace	10.0
Phenobarbital Elixir	14.0
Promethazine/Phenergan	7.0
Ranitidine	7.5
Scope, Baking Soda	9.9
Scope, Cool Peppermint	14.0
Senokot Syrup	7.0
Targon Smokers' Mouth Wash, Clean Taste	15.6*
Targon Smokers' Mouth Wash, Original	16.0*
Tavist Oral Solution	5.5
Theophylline Elixir	20.0
Viadent Oral Rinse	10.0

*Specifically denatured alcohol (SDA) 38B content.

SOURCE: Knodel J. C., ed. Nonprescription Products: Formulations and Features, 1998–1999

Moltes gracies

